

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ



ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ НАУКИ І ОСВІТИ

ЗБІРНИК ТЕЗ ДОПОВІДЕЙ
ВСЕУКРАЇНСЬКОЇ НАУКОВО-МЕТОДИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ,
що присвячена 25-річчю Медичного інституту Сумського державного університету
(м. Суми, 16-17 листопада 2017 року)

Суми
Сумський державний університет
2017

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ МЕЛАТОНІНУ В ГІНЕКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

к.мед. наук, доцент Іконописцева Н.А, к.мед.наук, асистент Болотна М.А.

Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології

За останнє десятиріччя значно підвищилася тривалість життя загалом, і відповідно підвищилася кількість жінок, які знаходяться у перименопаузальному періоді. Таким чином, особливої актуальності набули завдання по збереженню репродуктивного здоров'я жінки та полегшення перебігу симптомів менопаузи.

Клімактеричний синдром клінічно проявляється досить різноманітно, полісимптомно. Сучасна стратегія ведення пацієнток у перименопаузальному періоді передбачає корекцію психосоматичних та вазомоторних розладів в основному за рахунок поповнення дефіциту естрогенів. Провідним напрямком залишається на сьогоднішній день призначення замісної гормональної терапії (ЗГТ), однак її застосування часто пов'язано з виникненням різноманітних ускладнень та наявністю протипоказань у деяких пацієнток.

Особливий інтерес у комплексному лікуванні перименопаузальних розладів представляють препарати мелатоніну – аналоги найважливіших ендогенних адаптогенів, потенційно здатні пом'якшити втрату естрогенів структурами головного мозку. Зазначено, що крім хронобіологічної дії молекула мелатоніну володіє також високою антиоксидантною властивістю, бере активну участь у захисті генетичного матеріалу в фолікулах від окислювального стресу, у зв'язку з овуляцією. Багатьма авторами відзначено, що подовжити фізичну та психічну активність, а також сповільнити старіння можливо шляхом введення мелатоніну ззовні. Мелатонін здатний нормалізувати процес окиснення ліпідів, знижуючи ризик розвитку атеросклерозу, бере участь у гормональній регуляції артеріального тиску, але в цілому ефекти мелатоніну зводяться до синхронізуючих та адаптуючих.

У роботах Г.Х.Гаріпової доведена ефективність терапії у комбінації мелатоніну з прогестагенами у пацієнток з гіперплазією ендометрія без атипії. Також були відзначені позитивні результати лікування тазового болю, пов'язаного з ендометріозом. Отримані дані показали, що мелатонін сприяє регресу та атрофії патологічної тканини при ендометріозі. Так, його прийом у дозі 10 мг на добу дозволяє значно скоротити інтенсивність тазового болю (і знизити прийом анальгетиків), а також нормалізувати вторинні порушення сну.

У результаті більшості досліджень було відмічено позитивний вплив мелатоніну на процес дозрівання фолікула, тому мелатонін може бути застосований в області допоміжних репродуктивних технологій лікування безпліддя.

Особливе значення має корекція проявів передменструального синдрому (пригнічений настрій, напруга, дратівливість, порушення сну, дисфорії) з використанням у схемі лікування мелатоніну. Застосування мелатоніну в цих випадках обґрунтовано і етіотропним, і патогенетичним механізмом.

Рекомендації щодо застосування мелатоніну в клінічній практиці. Синтетичний аналог мелатоніну – препарат Віта-мелатонін представлений в Україні виробництвом ПАТ «Київський вітамінний завод». Мелатонін є універсальним природним адаптогеном зі снодійним ефектом, рекомендований Національним консенсусом щодо ведення пацієнток у периклімактеричному періоді як препарат додаткової негормональної терапії. Віта-мелатонін рекомендований до використання у дозі 1,5 мг за 30 хвилин до сну протягом трьох місяців. В якості монотерапії його можна рекомендувати при легкому перебігу клімаксу та переважанні розладів сну. В разі, коли симптоми більш виражені, Віта-мелатонін доцільно комбінувати з ЗГТ.

Таким чином, Віта-мелатонін дозволяє вирішити завдання підвищення ефективності терапії багатьох гінекологічних захворювань, що відображено в тому числі і у Національному консенсусі щодо ведення пацієнток у клімактерії. Причому, не будучи вибірково тропним до репродуктивної системи, мелатонін сприяє адаптації, поліпшенню загального самопочуття і стану жінки у клімактеричному періоді.

ПЕРЕДМЕНСТРУАЛЬНИЙ СИНДРОМ: СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО НЕГОРМОНАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ

к.мед. наук, доцент Калашиник Н.В., к.мед.наук, доцент Сухарєв А.Б.

Сумський державний університет, кафедра акушерства та гінекології

Передменструальний синдром (ПМС) - складний патологічний симптомокомплекс, що виникає в передменструальні дні і проявляється нейропсихічними, вегето-судинними та обмінно-ендокринними порушеннями. Зазвичай ПМС виникає за 2-10 днів перед менструацією і зникає зразу після початку менструації чи в перші її дні. Частота ПМС коливається в межах 20-80%.

Патогенез. Складний недостатньо вивчений. Засновник гормональної теорії А. Frank (1937) стверджував, що ПМС обумовлено надлишковим рівнем естрогенів. Надлишок естрогенів стимулює синтез ангіотензину I, який трансформується в ангіотензин II, який стимулює секрецію альдостерону, викликаючи ефект затримки натрію та рідини як всередині судин, так і в інтерстиційному просторі. Varma T. (1984) відмічав підвищення E2 та зниження прогестерону в лютеїнову фазу менструального циклу. Прогестерон здійснює натрійдіуретичний ефект, а також седативну дію, зменшує агресію, почуття гніву. D. Norrobin (1971) – роль простагландинів. простагландин E1 при ПМС призводить до депресії, дратівливості, болях по низу черева, метеоризму, підвищення температури тіла і навіть афективним розладам (недостатність ненасичених жирних кислот, магнію, вітамінів B6, C, цинку призводить до порушення синтезу простагландинів E1). Неврологічний компонент ПМС, а саме мігрень, пов'язаний з простагландином E2, так як він сприяє скороченню інтракраніальних та розширенню екстракраніальних судин. D. Norrobin (1971) – підвищення рівня пролактину, який є модулятором дії багатьох гормонів, зокрема альдостерона, вазопресина, що забезпечує натрій затримуючий ефект та антидіуретичний вплив. Reid R. (1981) – теорія «водної інтоксикації» (підвищена секреція АКТГ, ангіотензину 2 і альдостерону). Говорухина Е.М. (1997) – спадковий характер захворювання.

Клінічні форми ПМС

1. Нервово-психічна (дратівливість, депресія, слабкість, плаксивість, агресивність).
2. Набрякова (набрякання молочних залоз, обличчя, гомілок, пальців, метеоризм, зуд шкіри).
3. Цефалгічна (головний біль, нудота, блювота, головокружіння, біль в ділянці серця, оніміння рук тощо).